



현금 보조, 식품권 및/또는 Medi-Cal/34-County 의료 서비스 프로그램(CMSP) 신청서 커버시트

현금 보조, 식품권 및 Medi-Cal/34-County 의료 서비스 프로그램 (CMSP: County Medical Services Program)을 신청하려면, 첨부된 신청서의 1-13번 항목을 기재한 다음 증명서 섹션에 서명하십시오 (항목 19). 복지 사무소에 이 양식을 제출하십시오. 귀하에게 신체 장애가 있어서 현금 보조, 혜택 및 서비스를 신청하거나 계속 수혜 받기 위해 도움이 필요한 경우에는 카운티에 알려 주십시오.

귀하는 긴급 상황 지원(Immediate Need), 노숙자 지원, 식품권 긴급 서비스 등을 포함하여 현금 보조, 식품권, 또는 Medi-Cal/34-County CMSP를 받기 전에, 서면 진술서에 있는 모든 항목을 기재하여 제출하고 자격 면접 중에는 모든 질문에 대답해야 합니다. 귀하가 제공한 정보는 귀하의 자격과 혜택을 평가하는 데 사용됩니다.

현금 보조 및 식품권의 경우, 카운티에서는 혜택 수혜를 위한 절차인 지문 채취와 사진 촬영이 필요하다면 귀하에게 알려 줄 것입니다.

긴급 상황 지원 및 노숙자 지원을 받으려면, 현금 보조 자격을 충족해야 합니다. 첨부된 양식을 작성하고 요청한 정보를 제출하십시오. 사회보장번호(social security number) 제공, 입수 가능한 소득을 수령하려는 노력, 아동, 배우자 및 의료 지원에 대해 지역 아동지원부(child support agency)와의 협조에 동의하는 등 일부 규정을 준수해야 합니다.

식품권 신청서는 성인 가구원 또는 위임 받은 대리인이 위증일 경우 처벌을 받는다는 조건 하에서 작성한 후 서명해야 합니다. 귀하가 성인 가구원이 아닐 경우, 가구를 대표하여 귀하가 혜택을 신청할 수 있다는 말과 함께 가구주 또는 다른 성인 가구원의 서명이 기재된 확인서를 지참하고 식품권을 수령한 다음, 해당 가구를 위해 식품을 구입할 때에 식품권을 이용할 수 있습니다.

식품권 - 자격 부여일

귀하가 식품권에 대한 자격이 있을 경우, 신청한 날로부터 혜택이 산정됩니다. 귀하가 복지 사무소에 연락한 첫 날에도 식품권을 신청할 수 있습니다.

현금 보조 긴급 상황 지원

귀하가 긴급한 상황에 처한 경우, 귀하의 신청 작업이 진행 중에도 최고 \$200까지 받으실 수 있습니다. 귀하의 긴급한 상황에 대해 설명하고, 그렇게 긴급한 상황에서 비용을 지불할 수 있는 소득이나 돈이 없다는 사실을 보여 주어야 합니다:

- 주택 부족 또는 식료품 부족
- 강제 퇴거 통지서
- 유틸리티 미비 또는 유틸리티 중단 통지서
- 필수 의류 부족
- 필수 교통 수단이 없음
- 건강 및 안전에 중요한 기타 긴급 상황.

귀하의 긴급 상황 지원 요청이 거부될 경우, 귀하의 신청 작업이 진행 중일 때에도 다시 요청할 수 있습니다. 변경사항이 있으면 카운티에 알려야 합니다.

현금 보조 노숙자 지원

귀하가 집이 없거나, '임대료를 내거나 아니면 나가라는 통지서 (Pay Rent or Quit Notice)'를 받았고 노숙자 지원에 신청하고자 한다면, 카운티에 말해야 합니다. 노숙자 지원은 몇 가지 예외적인 경우를 제외하고는 일생에 한 번만 이용할 수 있습니다.

CalWORKs 전환 서비스

전환 서비스(Diversion service)는 일부 지원은 필요하지만 복지 보조비는 받지 않거나 필요하지 않은 신청자들을 도울 수 있습니다. 전환 서비스를 통해, 보조를 받는 대신 일괄 현금 지급 또는 비현금 서비스 혜택을 선택할 수 있습니다. 현금 보조를 신청할 때에는 전환 서비스만 선택할 수 있고, 귀하가 전환 서비스를 받을 경우에는 Medi-Cal, 보육비 보조, 식품권 혜택을 받으실 수도 있습니다. 카운티에서는 귀하의 정보를 검토한 후, 귀하가 전환 서비스 혜택을 받을 수 있는지 알려 줄 것입니다. 귀하가 수혜 자격이 있고 현금 보조 대신 전환 현금 지급 또는 비현금 서비스 혜택을 선택할 경우에는 다음과 같은 조치가 취해집니다:

- 귀하에게 현금 보조 거부 통지서가 발송됩니다.
- 귀하가 나중에 보조를 받을 경우, 현금 보조가 감소되거나 귀하가 현금 보조를 받을 수 있는 기간이 줄어듭니다.

식품권 신청자: 신청하는 날에는 귀하의 이름과 주소를 제출하고, 귀하가 식품권 수혜를 원한다고 기재한 후(항목 8) 신청서(항목 19)에 서명하기만 하면 됩니다. 카운티에서 귀하의 수혜 자격 유무를 알려 주기 전에는 서면 진술서에 카운티에서 요청한 모든 정보를 제공하고 자격 면접 중에는 모든 질문에 대답해야 합니다. 귀하의 신청 후 30일 이내에 귀하의 자격 유무에 대해 통보 받게 됩니다.

식품권 긴급 서비스

귀하에게는 삼(3)일 이내에 식품권을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 귀하의 가구는 식품권 프로그램에 대한 자격이 있어야 하고 다음 조건을 갖춰야 합니다:

- 귀하의 유동자산과 이번 달 공제 전 소득보다 많은 유틸리티 비용 및 임대료나 주택 용자금 (소득과 유동 자산의 정의는 뒷면을 참조하십시오), 또는
- \$100가 넘지 않는 유동자산과 공제 전 한달 소득이 \$150 미만, 또는
- \$100가 넘지 않는 유동자산과 이주자 또는 계절 농장노동자인 가구원이 최소 1명.

삼(3)일 이내에 식품권을 받기 전에, **첨부된 신청서의 항목 1-17을 기재하고**, 자격 면접 중에는 카운티에서 요청한 모든 정보를 제공하며, 신분 증명서도 제출해야 합니다.

임산부를 위한 MEDI-CAL 추정 자격(PE: PRESUMPTIVE ELIGIBILITY) 혜택

귀하가 임산부라면, 일반 Medi-Cal을 신청하기 전에 산전 의료 서비스를 제공하는 특정 의료 기관에서 임시 Medi-Cal을 받을 수 있습니다. PE를 제공하는 담당 의사나 병원에 문의하십시오. PE 카드를 받은 달의 다음 달 말까지 CalWORKs 또는 Medi-Cal을 신청할 경우, 보조가 승인 또는 거부될 때까지 임시 Medi-Cal은 지속됩니다. PE를 받고 있을 경우에는 카운티에 알리고 항목 12의 두 부분을 모두 "예"로 체크하십시오.

MEDI-CAL/34-County CMSP - 응급 치료/임신

귀하가 응급 치료를 받거나 임신 중이어서 가능한 빨리 Medi-Cal/34-County CMSP를 받고자 할 경우, 항목 1-13을 기재하십시오. 또한, 자격 면접 중에는 카운티에서 요청한 모든 정보를 제공하고 모든 자격 요건을 충족해야 합니다.

용어 정의:

- **CalWORKs:** 캘리포니아 노동기회와 아동에 대한 책임.
- **현금 보조(Cash Aid):** CalWORKs 또는 난민 현금 보조(RCA: Refugee Cash Assistance) 프로그램을 통한 보조.
- **전환 서비스(Diversion Service):** 현금 보조를 받는 대신 일괄 현금 지급 또는 비현금 서비스 혜택.
- **식품권(Food Stamp):** 저소득 가구에서 식품을 구입할 수 있도록 지원하는 혜택.
- **식품권 긴급 서비스(Food Stamp Expedited Service):** 3일 이내에 식품권을 받을 수 있는 혜택
- **Medi-Cal:** 수혜 자격이 있는 사람을 위한 필수 의료 혜택.
- **Medi-Cal 추정 자격(PE: Presumptive Eligibility):** 특정 의사 또는 병원에서 외래 환자의 산전 의료 서비스를 제공하는 임시 Medi-Cal 혜택.
- **34-County CMSP(34 County CMSP):** Medi-Cal 혜택을 받지 않는 자격 있는 성인과 일부 지방 카운티에 거주하는 자격 있는 성인을 위한 필수 의료 혜택.
- **제한 Medi-Cal(Restricted Medi-Cal):** 응급 및 임산부 전용 의료 혜택.
- **34-County 제한 CMSP(Restricted 34-County CMSP):** 응급 치료 전용 혜택.
- **위임 받은 대리인(Authorized Representative):** 식품권이 나 Medi-Cal 신청자 또는 수령인이 자신들의 일을 대신 처리할 수 있도록 위임한 사람.
- **가구주(Head of Household):** 식품권 가구를 책임지는 가구원.
- **소득(Income):** 다음과 같은 수령 금액이나 예상 금액:
 - 임금, 복지, 자녀/배우자 지원, SSI/SSP(Supplemental Security Income/State Supplementary Program), 또는 이민자를 위한 현금 보조 프로그램(CAPI: Cash Assistance Program for Immigrants);
 - 실업 보험 혜택(UIB: Unemployment Insurance Benefits), 주정부 장애 보험(SDI: State Disability Insurance), 퇴역 군인 혜택(VA), 또는 기타 장애 수당;
 - 파업 기금, 하숙비, 학교 보조금 및 대출금;
 - 현금 선물, 상금, 또는 기타 현금 보상금.
- **유동 자산(Liquid Resources):** 다음과 같은 소득 이외의 수입:
 - 수중에 있는 현금, 현금화 되지 않은 수표, 수표계좌의 돈, 보통 예금, 또는 예금증서;
 - 신탁 증서, 받을 어음, 주식 또는 채권 등.
- **유틸리티(Utilities):** 가스, 전기, 난방 연료, 전화(기본 요금), 유틸리티 설치, 쓰레기 수거, 수도, 하수 등.
- **귀하, 어떤 사람, 모든 사람(You, Anyone, Everyone):** 귀하의 집에 거주하고 있는 어느 한 사람 그리고 모든 사람.

기타 속지 사항:

- 귀하가 현금 보조, 식품권 및 Medi-Cal을 동시에 신청할 수 있고 모든 혜택에 대해 한 번만 면접을 볼 수 있습니다.
- 귀하에게는 직접 이 양식을 작성할 권리 또는 필요할 경우 다른 사람의 도움을 받을 권리가 있습니다.
- **초과 지급/초과 발급:** 귀하가 실제로 받았어야 할 혜택보다 더 많은 현금 보조나 혜택을 받았음을 의미합니다. 카운티 측의 과실로 인해 발생했을 지라도 귀하는 초과 지급분을 상환해야 합니다. 귀하의 현금 보조 또는 식품권이 감소되거나 중단됩니다. 귀하의 Medi-Cal/34-County CMSP 부담금이 변경될 수 있습니다.

- **사기 및 위증:** 사기와 위증은 범죄입니다. 법률에 따르면 현금 보조, 식품권 및 Medi-Cal/34-County CMSP를 받고 수혜 혜택을 유지하기 위해서는 대부분의 양식에 있는 위증죄 처벌 진술에 서명해야 합니다. 위증은 귀하가 틀림없이 진실하고 정확하며 완벽한 사실을 제공하기로 맹세했음에도 거짓말을 했음을 의미합니다. 귀하가 잘못된 사실을 제공하거나 **고의로** 귀하의 자격과 보조 수당 수준에 영향을 미치는 사실이나 상황을 모두 제공하지 않았을 경우, 귀하는 사기죄로 고소될 수 있습니다.
- **사기죄로 유죄 판결을 받을 경우, 현금 보조 및 식품권 사기에 대한 처벌은 각각 최고 \$10,000와 \$250,000의 벌금형 및 각각 징역 3년과 20년입니다. 현금 보조와 식품권 혜택은 6개월, 12개월, 2년, 4년, 5년, 10년, 20년 또는 영구 중단될 수 있으며, 난민 현금 보조는 3개월 및 6개월 동안 중단될 수 있습니다.**
- **사회보장번호(SSN) 규정:** SSN은 귀하가 보고한 모든 소득과 자산을 확인하려는 목적으로 세금, 복지, 고용, 사회보장국 및 기타 정부기관의 기록과 대조하기 위해 컴퓨터 매치에서 사용됩니다. 차이가 발생하면 고용주, 은행 및 기타 기관에도 확인할 수 있습니다. 두 개 이상의 사례나 다른 카운티 또는 주에서 보조를 받고 있지 않음을 확인하고, 현금 보조와 식품권 보조도 받고 있지 않음을 확인할 수 있도록 SSN은 구속영장 발부를 위해 법 집행 기관의 기록과도 대조됩니다.
- **현금 보조 및 식품권:** 귀하는 현금 보조 및 식품권의 각 신청자/수령인의 SSN을 제출해야 합니다. SSN 또는 SSN 신청 증명서를 제출하지 않을 경우, 귀하는 현금 보조나 식품권을 받으실 수 없습니다. 현금 보조의 경우, 신청한 날로부터 30일 이내에 귀하의 SSN 또는 SSN 신청 증명서를 제출하고 SSN을 받게 되면 해당 SSN을 카운티에 제출해야 합니다.
- **Medi-Cal/34-County CMSP:** 카운티에서는 SSN이 있는 Medi-Cal/34 카운티 CMSP 신청자에게 각각 SSN을 제출하도록 요구하고 있습니다. 모든 미국 시민, 미국 국민, 현재 유효한 I-688을 소유한 사면 외국인, 미국 영주권자(LPR: lawful permanent residence), 또는 PRUCOL(Permanently Residing Under Color of Law) 비시민권자는 SSN 또는 SSN 신청 증명서를 제출하지 않으면, Medi-Cal/34-County CMSP를 받을 수 없습니다. SSN이 없는 비시민권자뿐 아니라 현재 유효한 I-688을 소유한 사면 외국인이나 LPR 또는 PRUCOL가 아닌 비시민권자가 캘리포니아주 거주자 자격을 포함한 모든 수혜 자격 요건을 충족할 경우에는 제한 Medi-Cal/34-County CMSP를 받을 수 있습니다.

불만 사항

귀하가 차별을 받았다고 생각될 경우
 귀하는 해당 카운티의 민권 대리인 또는 다음 주소로 문의하십시오:
 State Civil Rights Bureau
 P.O. Box 944243
 Sacramento, CA 94244-2430
 또는 수신자 부담 전화
 (916) 654-2107
 또는 청각장애인이거나 언어장애인
 (TDD) 1 - (916) 654-2098

기타 불만 사항은 먼저 카운티에 문의하십시오. 귀하와 카운티가 합의할 수 없을 경우에는 다음 연락처로 편지를 보내거나 전화로 문의하십시오:
 Public Inquiry and Response (PIAR)
 744 P Street, M.S. 6-23
 Sacramento, CA 95814
 전화번호 1 - (800) 952-5253
 또는 청각장애인이거나 언어장애인
 (TDD) 1 - (800) 952-8349

주정부 청문회

귀하는 카운티의 조치가 취해진 날로부터 90일 이내에 청문회를 요청해야 하며 귀하가 청문회를 원하는 이유도 말해야 합니다. 귀하는 다음과 같은 경우에 지역 카운티 복지 사무소에 편지를 보내거나 위의 PIAR에 있는 전화번호로 전화하여 주정부 청문회를 요청할 수 있습니다:

- 카운티에서 취한 조치가 동의하지 않을 경우, 또는
- 현금 보조, 식품권, Medi-Cal에 대한 주정부 청문회를 요청할 경우, 또는

모든 34-County CMSP 자격 문제에 대해 탄원하기 위해서는 해당 카운티에 **서면으로만** 가능합니다.

현금 보조, 식품권 및 MEDI-CAL/34-County CMSP

이 신청서를 작성하기 전에 커버시트를 읽으십시오. 답안을 작성한 공간이 부족한 경우에는 이 페이지의 뒷면에 작성하십시오.

<p>1. 신청자의 이름 (이름, 중간 이름, 성)</p>	<p>2. 사회보장번호(SSN)</p>	<p>카운티 전용란</p>
<p>3. 결혼 전 이름 또는 기타 이름 (해당될 경우)</p>	<p>2A. 생년월일 (월-일-연도)</p>	<p>CASE NAME</p>
<p>4. 집 주소: 번지 스트리트명</p>	<p>5. 우편 주소 (집 주소와 다를 경우)</p>	<p>CASE NUMBER</p>
<p>도시 주 우편번호</p>	<p>도시 주 우편번호</p>	<p>DATE RECEIVED</p>
<p>6. 전화번호: 집 회사 자동차용전화</p>	<p>TYPE OF APPLICATION:</p>	
<p>7. 귀하의 집 주소는 상주하는 곳입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 집이 아님 상주하는 곳이 아니라면, 이를 설명하십시오:</p>	<p>CA: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RCA FS: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Recert <input type="checkbox"/> Rest MC: <input type="checkbox"/> CMSP: <input type="checkbox"/></p>	
<p>8. 다음 혜택을 신청한 현금 보조 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 식품권 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 사람이 있습니까: Medi-Cal <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 34 카운티 CMSP <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 기타 프로그램 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 "예"일 경우, 설명하십시오:</p>	<p>Homeless: FS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO CA: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CW 42</p>	
<p>9. Medi-Cal/34-County CMSP/Medicaid 또는 전환 현금 또는 비현금 서비스를 포함하여 보조 또는 혜택을 신청하거나 받은 사람이 있습니까? "예"일 경우, 열거하십시오:</p>	<p><input type="checkbox"/> Pickle Screening</p>	
<p>보조/혜택 종류 받은 날짜</p>	<p>Ethnic Group:</p>	
<p>사용한 사람 이름 받은 곳은? (카운티/주/국가)</p>	<p>Race:</p>	
<p>10. 법률에 따라 귀하의 인증 집단, 인증 및 언어를 기록해야 합니다. 이것은 귀하의 자격에 영향을 미치지 않습니다. A. 민족성 (누구나 B에도 답해야 합니다) 히스패닉 또는 라티노이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 B. 인종/출신 민족 - 귀하께 해당하는 모든 칸에 체크 표시하십시오. 귀하께서 이 질문에 답하지 않으면 카운티에서 귀하를 대신해 기재할 것입니다. <input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 아시아인 (체크하셨다면, 다음 중 하나 이상을 선택하여 주십시오) <input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 중국인 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 인도인 <input type="checkbox"/> 캄보디아인 <input type="checkbox"/> 라오스인 <input type="checkbox"/> 기타 아시아인 (명시해 주세요) <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 도서인 (체크하셨다면, 다음 중 하나 이상을 선택하여 주십시오) <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 괌인 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 기타 (명시해 주세요) C. 주로 사용하는 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 라오어 <input type="checkbox"/> 타갈로그어 <input type="checkbox"/> 미국 수화 <input type="checkbox"/> 광둥어 <input type="checkbox"/> 캄보디아어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 러시아어 <input type="checkbox"/> 기타 (명시해 주세요)</p>	<p>Primary Language:</p>	
<p>11. 이주자 또는 계절 농장노동자가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p>CA I.N.</p>	
<p>12. 임신 중인 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 "예"일 경우, 해당 임신부는 추정 자격 카드를 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>	<p><input type="checkbox"/> Denied/NOA prep <input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Expedited Grant <input type="checkbox"/> Applicant requested CWD to complete SAWS 1</p>	
<p>13. 위급한 상황에 처한 사람이 있습니까? "예"일 경우, 유형을 체크 (✓) 하십시오: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 긴급 의료 지원 필요 <input type="checkbox"/> 임신 <input type="checkbox"/> 아동 학대 <input type="checkbox"/> 가정 폭력 <input type="checkbox"/> 노인 학대 <input type="checkbox"/> 기타 건강이나 안전 상에 위협이 되는 위급한 상황 설명하십시오:</p>	<p>() (Initials)</p>	
<p>귀하에게 필요한 혜택이: 현금 보조 긴급 상황 지원금이라면 항목 14 - 18번을 기재하십시오 식품권 긴급 서비스라면 항목 14 - 17번을 기재하십시오.</p>		
<p>14. 자녀를 포함하여 모든 사람이 보유한 유동 자산은 얼마입니까? <input type="checkbox"/> 현금, 현금화 되지 않은 수표, 또는 우편환 \$ _____ <input type="checkbox"/> 수표계좌/보통예금 또는 신용 조항 계좌 \$ _____ <input type="checkbox"/> 신탁 증서, 받을 어음, 주식 또는 채권 \$ _____ <input type="checkbox"/> 기타 (설명하십시오) \$ _____</p>	<p>17. 이번 달 임대료에 포함되지 않은 유틸리티 비용은 얼마입니까? \$ _____</p>	<p>FS E.S.</p>
<p>15. 자녀를 포함하여 모든 사람의 이번 달 소득 또는 예정 소득은 얼마입니까? 날짜 금액 날짜 금액 \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____</p>	<p>18. 강제 퇴거 통지서 또는 퇴거 통지서를 받았습니까? 귀하의 유틸리티가 중단되거나 중단 통지서를 받았습니까? 3일 이내에 식품이 모두 바닥날 것입니까? 기저귀 또는 추운 날씨에 필요한 의류와 같은 필수 의류가 필요합니까? 식품, 의류, 의료 또는 기타 비상 용품을 운반하는 데 도움이 필요합니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> E.S. questions not completed <input type="checkbox"/> Screened for E.S. Date _____ () (Initials)</p>
<p>16. 이번 달 임대료나 주택 용자금은 얼마입니까? \$ _____</p>	<p>FS Referral for:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 본인은 커버시트 사본을 받았음을 보증합니다. 본인은 수혜 자격 규정을 준수하고, 보조를 받기 전에 일부 요청 사항을 이행해야 한다는 사실을 이해하고 동의합니다. 본인이 이 양식에 작성한 진술은 대조 및 확인될 수 있음을 이해합니다. 식품권에 신청할 경우 카운티에서는 긴급 서비스에 대한 권리를 알려줬음을 보증합니다. 본인은 미합중국과 캘리포니아주의 위증죄 형법법 하에서 이 양식에서 본인이 제공한 정보가 사실이고 정확하며 완벽한 것임을 보증합니다. 	<p><input type="checkbox"/> E.S. Processing <input type="checkbox"/> Regular Processing <input type="checkbox"/> CWD records cleared <input type="checkbox"/> MEDS CDB cleared <input type="checkbox"/> IEVS initiated <input type="checkbox"/> Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant</p>	
<p>19. 신청자 또는 위임 받은 대리인 서명 (또는 마크)</p>	<p>서명일</p>	<p>TRANSITIONING CASE NUMBER</p>
<p>증인 또는 통역사 서명</p>	<p>서명일</p>	<p>COUNTY OF APPLICATION</p>
		<p>COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)</p>